



**Health Outreach Patient  
Eligibility (H.O.P.E.)**

Caro doente/requerente,

A Ascension é motivada pela compaixão e dedicada a fornecer atendimento personalizado a todos - especialmente aos mais necessitados. É nossa missão e privilégio oferecer assistência financeira aos nossos doentes. A assistência financeira está disponível apenas para emergências e outros cuidados médicos necessários. Obrigado por confiar em nós para cuidar de si e de sua família para todas as suas necessidades de assistência médica.

Estamos a enviar esta carta e o pedido de assistência financeira em anexo porque recebemos sua solicitação. Se não solicitou isso, desconsidere. Preencha os dois lados, incluindo sua assinatura e data antes de o devolver. Se preencher um pedido nos últimos seis meses e foi aprovado para assistência financeira, notifique-nos. Pode não ser necessário fazer um novo pedido. Não consideraremos um pedido anterior com mais de seis meses.

Juntamente com o pedido, forneça uma cópia de pelo menos um dos itens a seguir como prova de renda. Se é casado ou vive com alguém por 6 meses ou mais, também precisam fornecer uma cópia de pelo menos um dos itens a seguir como prova de renda antes que o pedido possa ser processado.

- Cópias de três folhas de pagamento mais recentes do empregador
- Cópias da declaração anual de imposto mais recente (se trabalhador por conta própria, inclua todos os anexos) ou verificação de não preenchimento ([www.irs.gov/form4506-T](http://www.irs.gov/form4506-T))
- Carta de Prémio de Previdência Social e/ou Pensão
- Declaração de imposto anual mais recente dos pais ou responsáveis, se o requerente for um dependente listado no seu formulário fiscal e com menos de 25 anos
- Outros documentos de validação de renda
- Cópias dos extratos bancários dos últimos 3 meses
- Cópia do recibo do auxílio-desemprego

Se receber assistência ou mora em uma casa com uma família ou amigos, peça que preencham o formulário em anexo "Carta de Suporte" e inclua a cópia do documento de identificação com foto. Isso não os responsabilizará por suas contas médicas. Isso ajudará a mostrar como pode pagar as despesas de subsistência. Se não receber assistência de familiares e amigos, não precisará preencher o formulário da Carta de Suporte.

Por fim, forneça também a documentação como prova dos seus custos mensais pendentes com medicamentos e farmácias.

Saiba que o formulário preenchido, juntamente com a comprovação de renda, devem ser recebidos para que o pedido seja considerado. Não podemos processar ou considerar pedidos incompletos.

Lembre-se de que as comunicações via e-mail pela Internet não são seguras. Embora seja improvável, existe a possibilidade de que as informações incluídas em um e-mail sejam interceptadas e lidas por outras partes além da pessoa a quem são endereçadas.

Queremos proteger suas informações pessoais e garantir que permaneçam seguras. Como o formulário contém seu número de seguridade social e outras informações particulares, recomendamos que evite enviá-lo por e-mail.

Imprima e envie por correio, ou entregue em mãos seu pedido preenchido em um dos seguintes endereços:

**ASCENSION ST. VINCENT'S RIVERSIDE  
HOPE PROGRAM  
1 SHIRCLIFF WAY  
JACKSONVILLE, FL 32204**

**ASCENSION ST. VINCENT'S SOUTHSIDE  
HOPE PROGRAM  
4201 BELFORT RD  
JACKSONVILLE, FL 32216**

**ASCENSION ST. VINCENT'S CLAYCOUNTY  
HOPE PROGRAM  
1670 ST. VINCENT'S WAY  
MIDDLEBURG, FL 32068**

**ASCENSION ST. VINCENT'S ST JOHNS  
HOPE PROGRAM  
205 TRINITY WAY  
ST. JOHNS FL 32259**

Se tiver alguma dúvida sobre este pedido, ligue para um de nossos representantes de pacientes em (904) 308-1956.

Atenciosamente,

Serviços Financeiros do  
Doente Ascension St.  
Vincent



## Health Outreach Patient Eligibility (H.O.P.E)

### Perguntas adicionais sobre triagem para assistência financeira

Tem seguro de saúde?	S N	Nome da seguradora e ID do membro _____
Tem menos de 21 anos ou mais de 65 anos?	S N	<input type="checkbox"/> Menos de 21 anos <input type="checkbox"/> Mais de 65 anos
Tem filhos menores de idade em casa?	S N	
Está grávida?	S N	
Foi considerado inválido pela Administração de Seguridade Social ou tem um caso de invalidez pendente?	S N	<input type="checkbox"/> Inválido <input type="checkbox"/> Pendente: quando inscreveu-se?
Qual é o seu status de cidadania americana? <i>Observação: esta pergunta é feita apenas para fins de elegibilidade ao Medicaid Emergência</i>	S N	<input type="checkbox"/> Cidadania americana <input type="checkbox"/> Refugiado <input type="checkbox"/> Cartão verde (Green Card) <input type="checkbox"/> VISTO (trabalho ou turismo)

### Indique o motivo pelo qual está solicitando assistência financeira/HOPE

- Tenho contas médicas pendentes devido a uma visita à sala de emergência/internação/atendimento agendado (circule uma ou mais respostas)
- Outro (forneça uma breve explicação) \_\_\_\_\_

### Tempo de processamento do pedido

- Pode levar até 45 dias, mas nossos consultores financeiros estão trabalhando diligentemente para processar seu pedido o mais rápido possível.
- Para ajudar nossos Consultores Financeiros com o processo, verifique se enviou a solicitação totalmente preenchida e assinada e com todos os documentos necessários para evitar atrasos no processamento do seu pedido.



Health Outreach Patient Eligibility (H.O.P.E)

## Instruções detalhadas do pedido de assistência financeira

- Formulário de solicitação de assistência financeira  
Preencha todos os campos aplicáveis, assinatura e data
- Perguntas sobre triagem para assistência financeira  
Marque Sim ou Não e forneça informações adicionais quando necessário
- Carta de apoio  
Preencha se aplicável a si
- Formulário de Atestado para Sem-Teto  
Preencha se aplicável a si
- Divulgação de informações financeiras, formulário 2613 (residentes da FL apenas)  
Este formulário deve ser usado para fins de determinação e elegibilidade da Medicaid pelo DCF (Departamento de Crianças e Famílias) e se é elegível.  
As linhas de assinatura devem incluir a assinatura do doente e do cônjuge, se aplicável.
- Nomeação do representante designado, formulário 2505 (somente residentes da FL) assinatura e data na linha de assinatura do cliente.  
Este formulário deve ser usado para fins de elegibilidade e determinação da Medicaid. Nos permite concluir sua inscrição na Medicaid e acompanhar o seu caso da Medicaid. Não digite um nome para o representante.
- Anexo C (somente residentes da GA)  
Assine seu nome sob 10 e a data sob 11.
- Autorização R1 para assinatura e data da representação do doente.
- Autorização R1 para discutir cobertura de assistência médica  
Preencha as informações solicitadas, se aplicável a si.

# Formulário de solicitação de assistência financeira



Health Outreach Patient  
Eligibility (H.O.P.E.)

## Informações do doente

(Imprima e todos os campos devem ser preenchidos. Indique N/A se não for aplicável a nenhuma linha individual do pedido)

Data \_\_\_\_\_ Número da conta \_\_\_\_\_

Nome (primeiro e apelido) \_\_\_\_\_

Data de nascimento \_\_\_\_\_ Estado civil \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_ Morada \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ Número da  
seguridade social (opcional) \_\_\_\_\_

Empregados \_\_\_\_\_ Situação empregatória \_\_\_\_\_

Número de horas trabalhadas por semana \_\_\_\_\_ Telefone do empregador \_\_\_\_\_

## Informações da parte responsável/informações do responsável legal

(Se o doente acima for igual ao responsável, deixe esta seção em branco.)

Nome (primeiro e apelido) \_\_\_\_\_

Data de nascimento \_\_\_\_\_ Estado civil \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_ Morada \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ Número da  
seguridade social (opcional) \_\_\_\_\_

Empregados \_\_\_\_\_ Situação empregatória \_\_\_\_\_

Número de horas trabalhadas por semana \_\_\_\_\_ Telefone do empregador \_\_\_\_\_

## Informações do cônjuge responsável

(Se o doente for igual ao responsável, preencha as informações do cônjuge do doente.)

Nome (primeiro e apelido) \_\_\_\_\_

Data de nascimento \_\_\_\_\_ Estado civil \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_ Morada \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ Número da  
seguridade social (opcional) \_\_\_\_\_

Empregados \_\_\_\_\_ Situação empregatória \_\_\_\_\_

Número de horas trabalhadas por semana \_\_\_\_\_ Telefone do empregador \_\_\_\_\_

## Dependentes da parte responsável

(Se o doente for igual ao responsável, preencha as informações do cônjuge do doente.)

Nome _____	Data de nascimento _____	Relação com a parte responsável _____
Nome _____	Data de nascimento _____	Relação com a parte responsável _____
Nome _____	Data de nascimento _____	Relação com a parte responsável _____
Nome _____	Data de nascimento _____	Relação com a parte responsável _____

Número de adultos e crianças que vivem no domicílio \_\_\_\_\_

## Renda mensal

(Preencha os valores em dólares para cada item listado abaixo. Forneça um valor por mês para cada um.)

Renda ganha do requerente \_\_\_\_\_  
Renda do cônjuge do requerente \_\_\_\_\_  
Benefícios da seguridade social \_\_\_\_\_  
Renda da pensão/aposentadoria \_\_\_\_\_  
Renda de invalidez \_\_\_\_\_  
Auxílio-desemprego \_\_\_\_\_  
Auxílio ao trabalhador \_\_\_\_\_  
Renda de juros/dividendos \_\_\_\_\_

Pensão alimentícia recebida \_\_\_\_\_  
Pensão financeira recebida \_\_\_\_\_  
Renda de arrendamentos \_\_\_\_\_  
Vale-alimentação \_\_\_\_\_  
Distribuição de fundos fiduciários recebidos \_\_\_\_\_  
Outra renda \_\_\_\_\_  
Outra renda \_\_\_\_\_  
**Renda mensal bruta total \$** \_\_\_\_\_

## Custo mensal de vida

Hipoteca/arrendamento \_\_\_\_\_  
Serviços utilitários \_\_\_\_\_  
Telefone (fixo) \_\_\_\_\_  
Telefone móvel \_\_\_\_\_  
Mercado/alimentos \_\_\_\_\_  
Cabo/Internet/TV por satélite \_\_\_\_\_  
Pagamento do carro \_\_\_\_\_  
Creche \_\_\_\_\_

Pensão alimentícia/financeira \_\_\_\_\_  
Cartões de crédito \_\_\_\_\_  
Contas médicas/hospitalares \_\_\_\_\_  
Seguro do automóvel \_\_\_\_\_  
Seguro residencial/patrimonial \_\_\_\_\_  
Seguro médico/de saúde \_\_\_\_\_  
Seguro de vida \_\_\_\_\_  
Outra despesa mensal \_\_\_\_\_  
**Despesas mensais totais \$** \_\_\_\_\_

## Ativos

Dinheiro/conta poupança/conta corrente \_\_\_\_\_  
Ações/títulos/investimentos/CD(s) \_\_\_\_\_  
Outros imóveis/residência secundária \_\_\_\_\_  
Barco/RV/motocicleta/veículo recreativo \_\_\_\_\_  
Veículos de colecionador/veículos não essenciais \_\_\_\_\_  
Outros ativos \_\_\_\_\_

Certifico que as informações acima são verdadeiras e completas da melhor maneira possível. Autorizo o hospital a obter informações de agências externas de notificação de crédito, se o hospital considerar necessário.

Assinatura do requerente \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

**Comentários** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**Health Outreach Patient  
Eligibility (H.O.P.E.)**

# Carta de apoio

Número do prontuário do paciente/número da conta \_\_\_\_\_

Nome do apoiante \_\_\_\_\_

Relação com o doente/requerente \_\_\_\_\_

Morada do apoiante \_\_\_\_\_

Para a Ascension:

Esta carta é para informar que (nome do paciente) \_\_\_\_\_ recebe pouca ou nenhuma renda, e estou a ajudar nas despesas cotidianas. Ele/ela tem pouca ou nenhuma obrigação para comigo.

Ao assinar esta declaração, concordo que as informações fornecidas são verdadeiras de acordo com o meu conhecimento.

Assinatura do apoiante \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_



Health Outreach Patient  
Eligibility (H.O.P.E.)

### FORMULÁRIO DE ATESTADO PARA SEM-TETO

Nome do doente: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_\_

Últimos 4 dígitos do SSN: \_\_\_\_\_ SSN verificado (S/N): \_\_\_\_\_

Atualmente, sou sem-teto e tenho permissão para receber correspondências na seguinte morada:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Recebo vale-refeição no valor de US\$ \_\_\_\_\_ por mês.

Estou desempregado e não tive renda nos últimos \_\_\_\_\_ meses.

#### DOENTE

Atesto que minha resposta à declaração anterior é verdadeira, completa e precisa. Ao assinar este Atestado, certifica que leu este atestado ou que foi lido para si, e que aplicou uma assinatura válida e legal.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do doente Data Telefone

#### Proprietário/arrendador

Peça ao proprietário/arrendador da casa onde tem permissão para receber correspondências que preencha esta seção:

\_\_\_\_\_ Atesto \_\_\_\_\_ que  
atualmente está sem-teto e tem permissão para receber correspondências na minha morada residencial listada acima.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do residente Data Telefone





Estado da Flórida  
Estado De La Florida

Departamento de Crianças e Famílias  
Departamento de Niños y Familias

**AUTORIZAÇÃO DE INFORMAÇÕES  
FINANCEIRAS**  
*Autorización Para Informe Economico*

Data (Fecha): \_\_\_\_\_

Número do processo ou número ACCESS  
(Numero def Caso o Numero de ACCESS)

A quem possa interessar:  
(A Quien Pueda Interesar):

Por meio deste, concedo permissão e autorizo qualquer banco, associação predial, empregador, seguradora, empresa imobiliária, agência governamental ou qualquer instituição financeira de qualquer tipo ou caráter a divulgar a qualquer agente do Departamento de Crianças e Famílias informações completas sobre minhas contas bancárias, ganhos, apólices de seguro, bens ou benefícios, pelo período listado abaixo.

*(Par la presente autorizo a cua/quier banco, compafiia de construcci6n, compafiia de seguros, compafiia de bienes raices, agencia de gobierno o instituci6n financiera que a sf lo solicite, a suministrar informaci6n sabre mis cuentas bancarias, ingresos, polizas de seguro, propiedades o beneficios, par el periodo de tiempo abajo indicado, a cualquier empleado de/ Departamento de Niños y Familias.)*

Essa autorização é válida de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

*(Esta autorizaci6n es valida desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_.)*

Assinatura(s): \_\_\_\_\_  
(Firma(s))

Nome(s) na conta: \_\_\_\_\_  
(Nombre(s) en la Cuenta)

---

Assinatura do especialista em ESS

Data



**Limpar**

## NOMEAÇÃO DE REPRESENTANTE

Nome do cliente

Número do  
processo

### Preenchido pelo cliente

Gostaria de \_\_\_\_\_ agir em meu nome para determinar minha  
elegibilidade para assistência pública do Departamento de Crianças e Famílias.  
Nome do representante

Assinatura do cliente

Data

### Preenchido pelo representante

Entendo que, ao aceitar este compromisso, sou responsável por fornecer ou ajudar no fornecimento das informações necessárias para estabelecer a elegibilidade dessa pessoa para assistência. Entendo que posso ser processado por perjúrio e/ou fraude se reter informações ou intencionalmente fornecer informações falsas.

Assinatura do representante

Data

Relação com o cliente

Morada

Cidade

Estado

Telefone

### Autonomeação pelo representante

Estou a agir \_\_\_\_\_ no fornecimento de informações para estabelecer a elegibilidade para assistência, porque ele/ela é incapaz de agir em seu próprio nome. Fornecerei informações da melhor maneira possível. Entendo que, se reter informações ou fornecer intencionalmente informações falsas, posso ser processado por perjúrio e/ou fraude. Concordo em relatar imediatamente qualquer mudança em sua situação da qual tenha conhecimento.

Assinatura do representante

Data

Relação com o cliente

Morada

Cidade

Estado

Telefone

## Assistência para preencher este formulário

### Pode escolher um representante autorizado.

Pode conceder permissão a uma pessoa de confiança para conversar sobre esse formulário conosco, ver suas informações e agir por si em questões relacionadas a esse formulário, incluindo obter informações sobre seu pedido e assinar seu pedido em seu nome.

Essa pessoa é chamada de “representante autorizado”. Se precisar alterar seu representante autorizado, entre em contato com a Divisão de Serviços de Crianças e Famílias (DFCS) no telefone 1-877-423-4746. Se é um representante legalmente designado para alguém neste pedido, envie uma prova com o pedido.

1. Nome do representante autorizado (Nome, Nome do Meio, Apelido)		
2. Morada		3. Número do apartamento
4. Cidade	5. Estado	6. Código postal
7. Telefone (     )     -		
8. Nome da		9. Número de identificação
Ao assinar, permite que essa pessoa assine seu pedido, obtenha informações oficiais sobre esse pedido e atue a seu favor em todos os assuntos futuros com esta agência.		
10. Sua		11. Data

### Apenas para conselheiros, navegadores, agentes e corretores de pedidos certificados.

Preencha esta seção se for um conselheiro, navegador, agente ou corretor certificado, preenchendo este formulário para outra pessoa.

1. Data de início do pedido (mm/dd/aaaa)	
2. Primeiro nome, nome do meio, apelido e sufixo	
3. Nome da	4. Número de identificação



**PRECISA DE AJUDA COM O PEDIDO?** Visite [Compass.ga.gov](https://www.compass.ga.gov) ou ligue para 1-877-423-4746. Para obter uma cópia de este formulário em Español, llame 1-877-423-4746. Se precisar de ajuda em um idioma que não seja o inglês, ligue para 1-877-423-4746 e informe ao representante de atendimento ao cliente o idioma que precisa. Obteremos ajuda sem nenhum custo para si. Usuários TTY devem ligar para 1-800-255-0135.





## AUTORIZAÇÃO PARA REPRESENTAÇÃO DO DOENTE

DE: (NOME DO CLIENTE) \_\_\_\_\_

Por meio deste, designo e nomeio a R1 Care Coverage, seus agentes e funcionários (coletivamente "Representantes") para representar-me e agir em meu nome perante qualquer instituição médica, instituição financeira, seguradora de vida, local de trabalho, Departamento de Serviços Humanos Federal/Estadual, a Administração de Seguridade Social, a instituição de saúde mental e a Administração de veteranos, com o objetivo de garantir ou modificar os benefícios de assistência médica para mim e/ou minha família.

Autorizo expressamente a divulgação e liberação aos meus representantes de todos os prontuários hospitalares, relatórios médicos e psiquiátricos (incluindo, se apropriado, relatórios relacionados a drogas, álcool e HIV/AIDS), todas as informações financeiras (incluindo extratos bancários, apólices de seguro de vida e documentação de emprego/folha de pagamento) e todos os outros documentos e informações pertencentes a mim e/ou à minha família que estão sob custódia dessas entidades.

Entendo que alguns dos registros recuperados podem incluir informações sobre abuso de substâncias, saúde mental e status de HIV em relação a outras infecções por doenças transmissíveis. Algumas dessas informações devem ser mantidas em sigilo, de acordo com todas as leis estaduais e federais, e com a regulamentação de privacidade da HIPAA modificada em 14 de agosto de 2002. Certifico que recebi uma cópia da Política de Privacidade da R1, conforme exigido por lei.

Por meio deste, renuncio a quaisquer requisitos de confidencialidade avaliados pelos representantes da Cobertura de Assistência da R1 e divulgarei essas informações apenas a outras pessoas com relação direta ao meu caso. As informações recuperadas ou divulgadas devem ter uma duração não superior ao razoável para obter essas informações e sua divulgação.

DADOS DE SEGURIDADE SOCIAL: Autorizo e atribuo também à Cobertura de Assistência da R1 o direito de coletar informações da Administração de Seguridade Social e/ou consultor jurídico que obtive para validar ou obter minhas informações de qualquer membro da família relacionado ao meu caso que eu, e qualquer um de meus membros da família, estão a receber.

Nome (legível)	Assinatura	Data
----------------	------------	------

Morada

Cidade	Estado	Código postal	Telefone
--------	--------	---------------	----------

Ascension St. Vincent's

Hospital / Data de admissão  
assinar)

Assinatura da testemunha (se o doente não puder

Representante de Cobertura de Assistência

Número da conta



INSTRUÇÕES: Forneça dois contatos adicionais com os quais a R1 RCM Inc. possa falar em seu nome em relação ao seu caso de seguro de saúde/Medicaid/Medicare:

**AUTORIZAÇÃO PARA DISCUTIR COBERTURA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA**

Autorizo a R1 RCM Inc. a utilizar ou divulgar informações relacionadas à minha cobertura de assistência médica com as pessoas listadas abaixo. Esta autorização entrará em vigor até que a cobertura de assistência médica seja aprovada, seja feita uma determinação final de que não sou elegível para nenhuma cobertura de assistência médica ou que a retire, mediante notificação por escrito à R1 RCM Inc.

Nome: \_\_\_\_\_

Relação com o doente: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Relação com o doente: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nome do doente (legível)

\_\_\_\_\_  
Assinatura

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Pessoa autorizadora se não for o Doente

\_\_\_\_\_  
Assinatura

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Morada

\_\_\_\_\_  
Cidade Estado

\_\_\_\_\_  
Código postal Telefone

Ascension St. Vincent's  
\_\_\_\_\_  
Hospital / Data de admissão

\_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha (se o doente não puder assinar)

\_\_\_\_\_  
Representante da R1 RCM, Inc.